

（表）

平成 年 月 日

（あて先）御宿町長

申請者（保護者） 住 所 御宿町
 氏 名
 電話番号
 FAX 番号

印

御宿町病児保育事業利用登録申請書

御宿町病児保育事業を利用したいので、御宿町病児保育事業実施要綱第6条第1項の規定により次のとおり申請します。

なお、町及び病児保育事業の受託者が下記記載の個人情報を共有すること、必要に応じて児童の通所先又は受診歴のある医療機関等に児童の情報を確認すること及び町が下記記載事項について公簿等により確認することに同意します。

ふりがな		男・女	生年月日	平成 年 月 日 (歳 ヶ月)	
児童氏名					
お子さんの愛称 ()					
<input type="checkbox"/> 御宿保育所 <input type="checkbox"/> 岩和田保育所 <input type="checkbox"/> 管外保育所等					
<input type="checkbox"/> 通所等はしていない ※保育を必要とする理由を○で囲んでください。 保護者の 就労・傷病・事故・出産・家族の介護又は看護・冠婚葬祭 その他 ()					
保 護 者	父	氏 名	携 帯 電 話		
		勤 務 先	電 話 番 号		
	母	氏 名	携 帯 電 話		
		勤 務 先	電 話 番 号		
緊 急 連 絡 先	父	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先	父・母 以 外 の 場 合 の 連 絡 先	氏 名	児童 と の 続 柄
	母	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先			
利 用 料 金 区 分		生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当		住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当	
かかりつけの医院・病院					
妊娠中の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
出産時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
発達の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					

※に該当する場合は、チェックをしてください。

(裏)

予 防 接 種	H i b	未・(1・2・3・追)	小児肺炎球菌	未・(1・2・3・追)
	四 種 混 合	未・(1・2・3・追)	三 種 混 合	未・(1・2・3・追)
	B C G	未・済	ポ リ オ	未・(1・2(3・追))
	麻しん・風しん混合	未・(1・2)	水 ぼ う そ う	未・(1・2)
	日 本 脳 炎	未・(1・2・追)	お た ふ く か ぜ	未・(1・2)
既 往 歴	1. 突発性発しん 2. はしか 3. 風しん 4. 水ぼうそう 5. 手足口病 6. おたふくかぜ 7. りんご病 8. 百日咳 9. 咽頭結膜炎 10. ヘルパンギーナ 11. 熱性けいれん 12. じんましん 13. 結核 14. ぜんそく 15. アトピー性皮膚炎 16. とびひ 17. てんかん 18. 心臓病 19. その他 ()			
	今までの大きな病気			
	熱 性 け い れ ん	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (初回 (歳 か月) 最後 (歳 か月) これまでに 回)		
	ぜ ん 息	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬を 毎日飲んでいる・発作時だけ飲んでいる ・飲んでいない)		
	ぜん息様気管支炎	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (吸入療法を 毎日している・発作時だけしている ・していない)		
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (治療は 内服薬 ・ 食事療法)		
	入 院 し た こ と	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名： 歳 か月) (病名： 歳 か月)		
アレルギー	1. 薬アレルギー <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬剤名) 症状： 2. 食物アレルギー <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (食品名) 症状：			
常 時 服 用 して いる 薬	ぜん息、アトピー性皮膚炎等で、常時服用している薬があれば内服時間など具体的にお書きください。			
そ の 他	体質やくせなど、心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。			